

**Masterprogram i helsefag – Klinisk masterstudium i manuellterapi for
fysioterapeuter.**

**Observationsstudie av två manuellterapeuter, vid undersökning
och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken.**

Kandidatnummer: 209505

Antal ord: 10983



Innehållsförteckning:

1. INTRODUKTION	7
1.1. Bakgrund och generellt om ämnet	7
1.1.1. Torticollis	7
1.1.2. KISS – KIDD	8
1.1.3. Kort om barns motoriska utveckling	8
1.1.4. Undersökning av det asymmetriska barnet	9
1.2. Tidigare forskning	11
1.3. Tidigare masterstudier gjorda på området	12
2. HÄNSIKT OCH PROBLEMSTÄLLNING	13
2.1. Hänsikt	13
2.2. Problemställning	14
3. METOD	14
3.1. Kvalitativ forskningsdesign	14
3.2. Urval	15
3.3. Datainsamling	16
3.4. Analys	18
4. RESULTAT	19
4.1. Gemensamma nämnare i observation T1 A och B	19
4.2. Särdrag i observation T1 A och B	22
4.3. Gemensamma nämnare i observation T2 C och D	23
4.4. Särdrag i observation T2 C och D	25
4.5. Gemensamma nämnare i observation T1 AB och T2 CD	26
4.6. Särdrag i observation T1 AB och T2 CD	28
5. DISKUSSION	29
5.1. Generella betraktningar	29
5.2. Metoddiskussion	29
5.2.1. Urval	29
5.2.2. Datainsamling	30

5.2.3.	Forskarrollen	31
5.3.	Resultatdiskussion	31
5.3.1.	Anamnes	31
5.3.2.	Undersökning	33
5.3.3.	Behandling	35
5.3.4.	Information/Kommunikation	36
5.4.	Extern validitet	36
6.	ETISKA BETRAKTNINGAR	37
7.	KONKLUSION	37
8.	VIDARE FORSKNING	38

Referenslista

Bilagor/vedlegg:

Informationsskriv och informerat samtycke

Titel: Observationsstudie av två manuellterapeuter, vid undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken.

Sammandrag:

Bakgrund: Det pågår för tiden en stor debatt om förståelsen av spädbarn med asymmetri i nacken. Det finns inte någon guldstandard för diagnosticering, klassificering eller god nog dokumentation på effekt av behandling. I tillägg kan det verka provocerande att behandla tillstånd som kanske går över spontant. **Hänsikt och problemställning:** Syfte med studien var att göra en observationsstudie av manuellterapeuter med olik fysioterapibakgrund men med vidareutbildning inom undersökning och behandling av det asymmetriska barnet/KISS-KIDD, för att se på olikheter och likheter i undersökning och behandling. **Material och metod:** En kvalitativ observationsstudie av två manuellterapeuter som i daglig klinisk praktik jobbar med spädbarn med asymmetri i nacken användes. Terapeuterna har flera års klinisk erfarenhet med densamma problemställningen. Bägge manuellterapeuterna genomförde två förstagångskonsultationer var. Tillsammans fyra observationer. Barnens åldrar var mellan fem veckor och fem månader. **Resultat:** Likheter i konsultationerna var många. De gick genom samma huvudteman i både anamnes, undersökning och behandling. Även om huvudteman var lika var de två terapeuterna olika i sin framtoning. Vid analys av olikheterna var det framför allt att barnen var i olika åldrar/stadier i utvecklingen, detta gjorde att både spørsmål och tester blev olika i förhållande till varandra. Även informationsförmedling och typen information hade en del olikheter. För barnen handlade det om reducerad rörlighet vid vridning av huvudet, orolighet, magont och gråt. **Konklusion:** I kliniken är det ett ”cluster of tests” som är viktigt och så länge terapeuterna har en god klinisk resonering verkade det inte som att olikheterna i den här studien hade så stor betydelse. Vidare forskning av standardiserade undersökningskriterier och effekter av behandling är önskligt. **Nyckelord:** Manuellterapi, Spädbarn, asymmetri, observationsstudie.

Title: An Observational study of two manual therapists, assessing and treating infants with cervical asymmetry.

Abstract:

Background: There is currently a debate regarding the importance of infant cervical asymmetry. There is no golden standard on how to diagnose or classify the condition. There is no evidence based documentation on the effect of treatment. In addition it may seem provocative to treat a condition that possibly resolves spontaneously.

Purpose and objective: The purpose of this study was to observe manual therapists and to compare the differences and similarities when assessing and treating infants with cervical asymmetry KISS/KIDD. **Method:** This was a qualitative observational study comparing two manual therapists in their clinical practice assessing and treating two infants each. In total four initial assessments were observed. The therapists had different backgrounds but similar specialization in handling infants and several years of clinical experience in the field. The children's age varied between five weeks and five months and children were suffering from reduced cervical rotational mobility, unrest, abdominal pain and excessive crying. **Result:** The therapists use similar methods in their subjective examination, objective examination and treatment. There were many differences in choice of questions and choice of tests in the assessments due to the different ages of the children. The amount of information given to parents also differed. **Conclusion:** This study shows several differences and similarities in method of assessing and treating infants. In clinical practice there are a "cluster of tests", and clinical reasoning is therefore of great importance. There is need for further research to standardize assessment methods and to document the effect of treatment. **Key words:** manual therapy, infants, asymmetry, observational study.

Förord

Det har varit en lång och lärorik väg att gå med den här masteroppgaven men när man äntligen är färdig så glömmar man nästan bort hur långt man gått. Hoppas jag kommer ihåg all den kunskap jag fått! Tusen tack till deltagarna som varit med i studien och till min vägledare Liv H Magnussen, kollegor och vänner för uppmuntring och frustrationskollokvier längs vägen. Speciellt tack till min familj för super-stöd!

This is the Final countdown ☺

1. INTRODUKTION

1.1. Bakgrund och generellt om ämnet

I den här studien observeras två manuellterapeuter vid undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken. Anledningen till studien är på grund av att det är en ganska stor debatt om den här problemställningen per dags dato. Problemet är att det finns för lite forskning på området, både när det gäller undersökning och behandling, och att det kan verka provocerande att behandla tillstånd som kanske går över av sig själv (Brand, Engelbert, Helders & Offringa, 2005; Huijbregts, 2006). Danielsen (2009) skriver i Dagens Medicin att det ses en ökning i antal behandlingar av övre nackleder hos spädbarn som fått diagnosen KISS i Norge. Tillståndet "KISS-KIDD" är inte en erkänd diagnos och är omdiskuterat (Slettedal, 2011). Diagnosen har heller inte stöd i den norska barnneurologiska miljön (Bjurulf & Dahl, 2011). Danielsen nämner också att det är en "motebølge" som inte ses i t ex Sverige och Danmark. Han hänvisar till två tillfällen av dödsfall efter kraftig nackmanipulering på spädbarn i Nederländerna, detta stämmer inte överens med norsk manuellterapeutisk praktik då kraftiga manipulationer inte utförs på spädbarn, här används skonsamma tekniker av de övre nacklederna (Sacher, 2005).

Tidigare diagnostiserade man barn med skev nackposition att vara födda med muskulär torticollis, de senare åren har det gradvis kommit fram en hypotes om att det kan bero på en funktionsproblematik i övre nacklederna, även kallat KISS (Mordt, 2008). Mordt tänker sig att det man i kliniken kallar för KISS är en subgruppering av det man tidigare kallade torticollis.

1.1.1. Torticollis

Detta är en asymmetri i nacken, ett kliniskt symtom som karaktäriseras av lateralflexion och rotation motsatt håll i nacken (Herman, 2006; Schichtling, 2011). Torticollis är ingen specifik diagnos utan beskriver hållningen på nacken, ordet härstammar från det latinska torquere och collum, översatt blir det vriden nacke (Burch et al., 2009). Det finns många orsaker som kan leda till torticollis såsom muskulära, skeletala, neurologiska, inflammatoriska eller neoplastiska förhållanden. Inflammation av huvudet/nacken kan också skapa en icke-traumatisk atlantoaxial sublaxation, även om det inte är speciellt vanligt (Walsh, 2008). Differentialdiagnoser är olika för barn och vuxna (Herman, 2006; Schichtling, 2011). Torticollis kan vara genetisk eller ervervad och ger olika symtom såsom reducerad ROM (Range of Motion), nacksmärta och styvhet i nackmuskler bland annat (Medline Plus, 2010).

Över 80 % av alla barn som uppträder med torticollis har en CMT (Congenital Muscular Torticollis) (Burch et al., 2009). De resterande 20 % av barnen har en mer allvarlig underliggande problemställning. Det är därför mycket kritiskt att den rätta diagnosen identifieras. CMT är det tredje mest frekventa muskuloskeletala tillstånd som uppträder hos spädbarn med en rapporterad incidens på 0.4% - 1.9%.

1.1.2. KISS-KIDD

Övre nackleds inducerad asymmetri- störning/forstyrrelse eller också kallat KISS syndrom är en beteckning på en blockering i övre nacklederna som i sin tur kan föra till att barn utvecklar sig onormalt, inte bara det först året men också vidare helt upp i ungdomsåren (Biedermann, 2004). Forskarna tänker sig att detta uppstår under graviditet eller under födseln. Symtom på KISS är bland annat att barnet gråter otröstligt, är orolig, har dålig sömn och bara ser åt en sida. I litteraturen beskrivs två undergrupper av KISS, KISS1 och KISS2. KISS inducerad dysgnosi och dyspraxi, KIDD, är beteckningen som används om problemställningen som kan uppstå när barnet växer upp. Det är ett följtillstånd på grund av obehandlad KISS. Symtom på KIDD är bland annat att barnet har problem med grov- och finmotorik, balansproblem, koncentrationssvårigheter, är rastlös och upplevs som hyperaktiv. Begreppet KISS–KIDD presenterades på mitten av 1990 talet av Biedermann. Redan på 1950-talet såg ortopederna Gutmann ett sammanhang mellan funktionsstörning i övre nackleder och asymmetrisk utveckling hos spädbarn. I Tyskland har manuellterapeuter behandlat barn med torticollis i årtionden på grund av att asymmetrin ansågs bero på störning i leden, då framför allt atlanto-occipitalt och atlanto-axialt (Haugen, Benth & Nakstad, 2011).

1.1.3. Kort om barns motoriska utveckling

I början är spädbarnet reflexdominerat, asymmetrisk tonisk nackreflex (ATNR), tonisk labyrinthreflex (TLR) och symmetrisk tonisk nackreflex (STNR) är bland de mest kända spädbarnsreflexerna. Som nyfödd är barnet ostabilt och asymmetriskt i ryggsläge på plant underlag (Mork & Amdam, 1989). Enligt Biedermann (2004) så är nack- och labyrinthreflexen tillsammans med de medfödda primitiva reflexerna centrala i den motoriska utvecklingen hos barn. Ju äldre barnet blir desto mer viljestyrt blir rörelserna. När barnet är cirka tre månader förväntas det kunna ligga i stabilt ryggsläge och att huvudet kan hållas i mittställning. Mot sex månaders ålder ses symmetriskt armstöd och huvudet kan röras fritt från sida till sida. Från den här åldern börjar barnet att få en mer upprest hållning, vilket spelar en avgörande roll i barnets motoriska system (Saedt, 2009a). De frivilliga rörelserna under sex månaders

ålder spelar en mindre roll i det totala motoriska komplexet för ett spädbarn. Processen att komma till en stående position kan försvåra observation av en övre cervikal dysfunktion med tanke på en undersökning.

1.1.4. Undersökning av det asymmetriska barnet

Kliniska tester för undersökning av det asymmetriska barnet, definierade av konsensusgruppen som deltog i Morts (2008) studie. Barnen klassificerades genom ett ”cluster of tests”. I kartläggning av manuellterapeuters undersökning av spädbarn såg man liknande resultat (Endresen, 2010). Anamnes- och undersökning stämmer också gott överens med annan litteratur (Biedermann, 2004; Sacher & Imhof, 2008; Saedt & Theunissen, 2009). Segmentella mobilitetstest/specifika ledmobilitetstest bygger på erfarenhetsbaserat lärande från norsk manuellterapi och internationell litteratur (Solberg, 2002). Tabell I och Tabell II bygger på information från litteraturen (Biedermann, 2004; Endresen, 2010; Mort, 2008; Sacher & Imhof, 2008; Saedt & Theunissen, 2009; Solberg, 2002).

Tabell I. Anamnes, det asymmetriska barnet.

Generellt	Förlossning	Barnet	Sömn & Amning	Generell hälsa hos barnet	Sensomotorisk utv.	Asymmetri
-Mors ålder -Om det är första födseln	-Tidsperspektiv -Igångsatt födsel -Togs med vakum/tång -Kejsarsnitt -Född på termin -Om barnet kom med näsan upp/stjärnkikare	-Vikt -Längd -Preferens huvudposition -Asymmetri huvudform	-Sovmönster -Vaknar ofta -Gråter ofta -Problem med amning på en sida -Sugreflex	-Huvudvärk -Neurologiska sjukdomar -Lunginfektioner -Fever -ÖNH infektioner -Koliksymtom -Orofacial sjukdom -Hypersensitiv nackregion -”Røde flag”	-Hållning -Rörelser -Språk och koncentration -Social integration -Hur barnet ligger mage/rygg	-Synlig direkt efter födsel eller senare -Barnmorskan såg det först eller föräldrarna -Lokalisering arm-trunkus-huvud Barnet ser bara åt ett håll -Ansiktet är mindre på en sida -Flatare eller hårlöst parti på en sida av bakhuvudet -Om barnet bara vill böja sig bakåt, hyperextendera

Tabell II. Undersökning av det asymmetriska barnet.

Spontanmotorik/ Observation	Passiv ROM	Reflexer	Segmentella mobilitetstest	Speciella test	Procedur
<p>Med eller utan undersökningsschema</p> <p>Barnen placerades på behandlingsbänk, enbart i blöja.</p> <p>Observation av: huvudets position, stabilitet i rygg-magliggande, huvudform, förmåga att följa en leksak med blicken, om armarna kom fram till leksaken, om de hade symmetriskt armstöd i magliggande. Kan barnet kunde ligga i mittställning utan C-scolios.</p> <p>Autonoma reaktioner: Hudfärg , gulp, hicka, sväljproblem, dregling/sikling, temperaturregulering.</p> <p>Barnets förmåga till kommunikation, leende, ögonkontakt och samspel.</p>	<p>Övre nacke: rotation, lateralflexion samtidigt hålls en hand på barnets bröstorg för att stabilisera kroppen. Känn på motstånd, end-feel, värdera ROM och se efter medrörelser av kroppen.</p> <p>Anklar</p> <p>Höfter</p> <p>Lumbalflexion</p> <p>Lumbal-lateralflexion</p>	<p>ATNR</p> <p>STNR</p> <p>TLR</p> <p>Mororeflex</p> <p>Gallants reaktion</p> <p>Landau reaktion</p> <p>Gripreflexer: palmar/plantar</p>	<p>Övre nacke: Ventralflexion Lateralflexion</p> <p>Thoracal- och lumbalcolumna</p> <p>IS- och höftleder</p>	<p>Antigravitorisk aktivitet i sidevippstest</p> <p>Kibblers test</p>	<p>Spontanmotorik observeras i både mag- och ryggliggande.</p> <p>Passiv ROM testas ffa i ryggliggande.</p> <p>Segmentella mobilitetstest utförs i både mag- och ryggliggande.</p> <p>Reflexer och speciella test utförs i olika positioner.</p>

Idag är fokuset på spädbarns övre nackleder omdiskuterat på grund av att flera aktörer såsom manuellterapeuter, barnfysioterapeuter, kiropraktorer, osteopater och naprapater erbjuder undersökning och behandling av detta tillstånd (Haugen et al., 2011; Humphreys, 2010; Sinding-Larsen, Bjornstad & Groggaard, 2011). Brurbergs, Myrhaugs och Reinars (2009) rapport från Kunnskapssentret har också väckt engagemang. Asymmetri i nacken hos spädbarn är vanligt och i många fall ser man att spädbarn med asymmetrisk hållning förbättrar sig spontant. Sacher (2011) menar att sådana tillstånd borde utredas med neurologiska, funktionella och eventuellt radiologiska undersökningar tidigt pga. cervikalcolumnas väsentliga betydelse för barnets utveckling. Problemet är att det är så olika praktik och det finns ingen guldstandard för diagnosticering, klassificering eller god nog dokumentation på effekt av behandling av asymmetri i nacken hos spädbarn (Happle, Wetzke, Hermann, Krauss, Hartmann & Lücke, 2009; Haugen et al., 2011; Hestbaek & Stochkendahl, 2010; Sinding-Larsen et al., 2011).

1.2. Tidigare forskning

Haugen et al. (2010) publicerade en randomiserad kontrollerad pilotstudie om manuellterapibehandling av torticollis på spädbarn. Pilotstudien gjordes på grund av dålig dokumentation av manuellterapi på spädbarn. Fokuset var på evaluering av mätmetoder och undersökte korttidseffekt av manuellterapi i förhållande till barnfysioterapi. Studien var en dubbelt blindad randomized controlled trial (RCT). Tillsammans 32 deltagare i åldern tre till sex månader randomiserades i interventionsgrupp med manuellterapi och barnfysioterapi och i kontrollgrupp med endast barnfysioterapi. Hypotesen var att barn med torticollissymtom återhämtar sig fortare med manuellterapeutisk behandling i tillägg till barnfysioterapi. Konklusion av pilotstudien var att barn med moderata symtom relaterade till torticollis inte blev signifikant bättre på kort sikt av manuellterapi i förhållande till fysioterapi. De fann dock en icke signifikant tendens till större förbättring i passiv och aktiv lateral flexion mot tyngdkraften i manuellterapigruppen (ibid.).

Humphreys (2010) reviewstudie om möjliga allvarliga händelser hos barn som behandlats med spinal manipulation konkluderades som ofärdig forskning och att fler studier behövs pga. att han inte fann det han studerade. Bakgrunden till studien var att behandling av barn med manipulation är kontroversiell i det medicinska samhället, med tanke på allvarliga händelser. Inga allvarliga eller katastrofala händelser var rapporterade i de kliniska studierna eller systematiska review om barn. När man ser på samma händelser för vuxna har det estimerats att mellan 0.003 % och 0.13 % av manuella behandlingar kan resultera i allvarliga händelser. Ett liknande resultat fick Hestbaek och Stochkendahls (2010) i sin reviewstudie om evidens för manuell behandling av muskuloskeletala problemställningar hos barn och ungdomar. I allt 5-10 % av patienter hos kiropraktor är barn och ungdomar. Randomiserade, quasi-randomiserade och icke-randomiserade kliniska studier var inkluderade. Av 500 identifierade titlar var det många casestudier, reviews, brev etc. Bara fyra kliniska studier relaterade till effekten av manuell behandling. En av studierna var en pilot och två saknade kontrollgrupp. Med så få studier kunde man inte konkludera något svar (ibid.).

Kunnskapssentret presenterade en rapport som mål att undersöka validiteten till olika diagnostiska testmetoder och undersöka dokumenterad effekt och biverkningar/skador av olika tilltag där hänsikten är att återupprätta balans i övre nackled (Brurberg et al., 2009). Det blev inte identifierat några diagnostiska valideringsstudier genom litteratursök och grundlaget för att rapportera resultat försvann. De fann heller ingen dokumentation som visade att

manuellterapeutiska, osteopatiska eller kiropraktiska tilltag mot KISS är förbundet med fara. På grund av lite forskning är dokumentationsstyrkan väldigt låg. De fann dock kasuistik som rapporterade om komplikationer efter kiropraktisk behandling av tre barn med misstanke om KISS. Vidare uppföljning visade att barnen hade utvecklat cancersvulster i nackregionen (Aker, 1990). I detta tillfälle kan man argumentera för att komplikationerna förorsakades av otillräcklig differentialdiagnostik och felbehandling (Brurberg et al., 2009). Däremot kan kiropraktik inte jämföras med manuellterapi i detta sammanhang, eftersom andra behandlingstekniker används (Saedt, 2009a).

1.3. Tidigare masterstudier gjorda på området

Wie-Tols (2010) masterstudie undersökte: vilka erfarenheter osteopater, kiropraktorer och manuellterapeuter har när det gäller diagnostisering och behandling av spädbarn med KISS. Hänsikt med studien var att få kunskap om vilka erfarenheter osteopater, kiropraktorer och manuellterapeuter har med hänsyn att diagnostisera och behandla spädbarn med KISS och deras uppfattning av begreppet. Det genomfördes tre fokusgruppintervjuer med totalt 13 personer (fem osteopater, fem kiropraktorer, tre manuellterapeuter).

Resultatet visade att alla var känt med begreppet KISS men hade olika uppfattningar. Deltagarna var oeniga när det gällde att bruka standardiserade diagnostiska kriterier. Kiropraktorerna lade vikt på att deras fokus var riktat mot funktion, samtidigt menade de att en standardisering skulle leda till att de barnen med behov skulle få behandling tidigare. De menade också att standardisering kunde vara nyttigt med tanke på forskning. Osteopaterna relaterade asymmetrin hos barnet i stor grad till tiden före födseln och själva födseln. De poängterade att hela kroppen blev undersökt oberoende av smärtlokalisering. De menade att standardisering var bra i en inlärningsprocess men hade liten relevans i praktiken. Bland manuellterapeuterna var man eniga om att en standardisering ville vart bra med tanke på forskning. De ville också använda testerna i kliniken för att kunna diagnosticera och värdera nyttan av den. När det kom till behandling var alla i gruppen eniga om att fokus låg på att upprätta funktion hos barnet. Behandling bestod av mobiliserings- och vävstekniker samt manipulationsbehandling.

Mordt (2008) genomförde en masterstudie med hänsikt att undersöka diagnostiska kriterier för spädbarn med KISS, vidare blev test-retestreliabilitet och intertetser-reliabilitet, av manuellterapeutisk undersökning av spädbarn med KISS också undersökt.

Klassificeringskriterierna för KISS/frisk utarbetades av en konsensusgrupp, de bestämde att barnen skulle testas och värderas genom spontanmotorik, passiv rotation av cervikal, antigravitorisk sidevipptest och två segmentella test av övre nackled. Studien omfattade 22 barn, tre till sex månader där 11 blev klassificerade med KISS och 11 var friska.

I resultatet sågs att intertester-reliabilitet mellan manuellterapeuter hade väldigt bra enighet, kappavärde 0.91 och P-värde 0.000. Det var lägre reliabilitet mellan manuellterapeut och barnefysioterapeut, kappavärde 0.62 och P-värde 0.002, vilket visar en moderat enighet. Konklusion var att studien var en pilotstudie och att det behövs vidare studier som tar sig av validering av de diagnostiska kriterierna som användes i studien.

Norheims (2010) masterstudie är baserad på intervjuer med fokus på vilka erfarenheter barnläkare, barnefysioterapeut och manuellterapeut har med begreppsbruk, diagnosticering och behandling. Omfattar två fokusgruppintervjuer med 14 personer (sju manuellterapeuter, sju barnefysioterapeuter) och två djupintervjuer med barnläkare och manuellterapeut. Resultaten visade att deltagarna använde olika begrepp och diagnoser och de hade också olika syn på behovet av uppföljning av spädbarnsasymmetri. Enighet rådde dock att olika uppfattning kunde leda till missförståelse och frustration hos både behandlare och föräldrar. Deltagarna menade också att spädbarnsasymmetri måste klassificeras för optimal diagnosticering och behandling. Konklusionen ligger i resultatet.

Endresen (2010) gjorde en Kartläggning av undersökningsmetoder och diagnostiska kriterier som manuellterapeuter i Norge använder vid misstanke om ”øvre nakkeleddsindusert symmetriforstyrrelser” och kännetecken hos de barnen. Av totalt 66 utsända frågescheman, blev 41 besvarade. Det blev bara utsänt till manuellterapeuter som registrerat sig som behandlare av barn. Resultaten visar att manuellterapeuterna är ganska eniga gällande undersökning och diagnostiska kriterier. Konklusionen är att studiens generaliserbarhet borde vara god då urvalet med stor sannolikhet är representativt för populationen.

2. HÄNSIKT OCH PROBLEMSTÄLLNING

2.1. Hänsikt

Hänsikten med studien var att göra en observationsstudie av två manuellterapeuter med olik fysioterapibakgrund men med vidareutbildning inom undersökning och behandling av det asymmetriska barnet/KISS- KIDD. För att se på olikheter och likheter i undersökning och

behandling av spädbarn med asymmetri i nacken. Eftersom den litteraturen som finns, visar att man är oenig i det kliniska utförandet mellan olika faggrupper men samtidigt visas det att manuellterapeuter sig emellan är ganska eniga (Biedermann, 2005; Brand et al., 2005; Burch et al., 2009; Endresen, 2010; Mordt, 2008; Wie-Tol, 2010).

2.2. Problemställning

Vilka likheter och skillnader är det mellan manuellterapeuter med vidareutbildning inom undersökning och behandling av det asymmetriska barnet/KISS- KIDD i undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken?

3. METOD

3.1. Kvalitativ forskningsdesign

Sedan gammalt av finns idéer om att den sociala världen ska studeras i sin naturliga situation (Tjora, 2010). Av etiska orsaker är det svårt att göra experimentella studier på barn och framförallt på spädbarn. I den här studien observerades två terapeuter vid undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken. Jag observerade konsultationer såsom de genomförs i vanlig daglig klinik utan experimentella interventioner. Fokus låg på terapeuterna. I en studie av Thornquist (1994) såg hon på sammanhang mellan fysioterapeutens specialisering (psykomotorik, manuellterapi, allmän fysioterapi), kommunikation och utövande av yrke paraktiskt/teoretiskt. Konklusionen visade vilken stor betydelse det är att se på dessa faktorer i ett sammanhang. Det var en del av det jag gjorde i den här studien. Inom fysioterapi har denna design oftast använts till att utveckla begrepp och teori inom den kvalitativa forskningen (Jamtvedt, Hagen & Bjørndal, 2003). I tillägg har forskning gått ut på att se på kommunikation, samspel och relationer, och att beskriva beteenden och hållning hos både patienter och behandlare. En viktig faktor att ta med sig är att kvalitativ forskning kan stötta kvantitativ forskning när man håller på att utveckla mätmetoder och diagnostiska ramar.

Förutsättningarna för det kvalitativa paradigmet menar Carter, Lubinsky och Domholdt (2011) är olika än för kvantitativa paradigm. Han menar att världen består av multipla konstruerade verkligheter dvs. att det alltid finns flera versjoner av verkligheten och att människor värderar olika handlingar eller andra medmänniskor olika. Med tanke på problemställningen i den här studien så är idén att observera likheter och skillnader i konsultationer. Eftersom jag har observerat två manuellterapeuter med olik

fysioterapibakgrund så antas det att de ser på både undersökning och behandling med lite olika syn i förhållande till sin egen bakgrund och kunskap.

Fokus i antagande två är förhållandet mellan undersökaren och subjekt (Carter et al., 2011). I den kvantitativa forskningen vill man att denna faktor ska vara så oberoende som möjligt, medans i den kvalitativa forskningen accepterar/önskar man den beroende faktorn. I detta tillfälle handlade det om ett samspel mellan terapeut, barn och förälder, även om själva studien koncentrerade sig om terapeuternas handlingar.

Vid generalisering av resultaten säger han att kunskap är tid och koncept beroende, situations specifik (Carter et al., 2011). Målet är att få en djupare förståelse som kan appliceras på liknande situationer. Eftersom detta var en liten studie kan man knappast generalisera resultatet eller som man tänker i kvalitativ forskning att överförbarheten inte är så stor, men kanske få en något vidare förståelse.

Det fjärde antagandet handlar om att det är omöjligt att särskilja orsak från effekt (Carter et al., 2011). Föreställningen om att orsak är uppbundet av prediktion, kontroll och objektiv verklighet går inte helt i linje med det kvalitativa paradigmet då det menar att det är viktigare och mer användbart att beskriva och tolka händelser. Den här studien hade en deskriptiv tillnärmning.

Det sista antagandet omhandtar övertygelsen om att all forskning influeras av forskarens värderingar och de som betalar för forskningen (Carter et al., 2011). Även om alla forskare prövar att vara objektiva så har alla en viss förförståelse och värdering av det man gör eller ska göra. Så länge en är medveten om denna förförståelsen har forskaren en fördel i analysering av insamlad data (Malterud, 2003). Det gällde också denna studie.

3.2. Urval

Källan till forskarens svar på problemställningens fråga är datamaterialet (Malterud, 2003). Då är urvalet viktigt eftersom det bestämmer och avgör vilka sidor av saken vi kan säga något om, vad gäller giltighet och sammanhang. Kännetecken vid urvalet påverkar våra tolkningar och resultat.

I den här studien blev ett strategiskt urval av terapeuterna gjort. Terapeuterna som blev tillfrågade att vara med i studien har kliniker i Nord-Norge. Bägge terapeuterna är kvinnliga. Observationen av terapeuternas konsultationer med spädbarnen genomfördes när terapeuterna bokat in tid med barnen och fått godkännande av föräldrarna att en observation av terapeuten kunde genomföras. Det var terapeuterna som valde ut vilka barn som skulle konsulteras. Inkluderingskriterierna för manuellterapeuterna var att de i vanlig daglig klinik tar emot och behandlar spädbarn med asymmetri i nacken. De måste också ha vidareutbildning inom undersökning och behandling av det asymmetriska barnet/KISS- KIDD. Inkluderingskriterier för spädbarnen var att de hade en asymmetri i nacken och inte var äldre än sex månader, detta kom fram när terapeuterna samtalade med föräldrarna och bokade in tiden. Exkluderingskriterier för spädbarnen var om de hade annan känd patologi.

Ett strategiskt urval gjordes för att problemställningen skulle kunna belysas. Kvalitativa studier bygger sällan på material bestående av många enheter (Jamtvedt et al., 2003; Malterud, 2003). I den här studien var det två manuellterapeuter som tillsammans hade fyra förstagångskonsultationer. Anledningen till att ha med två förstagångskonsultationer per terapeut var för att lättare se om det kunde ge svar på problemställningen. Om det bara varit en konsultation per terapeut hade risken för att själva observationsmomentet hade påverkat terapeuternas utförande mer än vid två. Tanken var att situationer skulle vara mest lik terapeuternas vanliga kliniska praktik.

3.3. Datainsamling

Valet att göra en observationsstudie föll naturligt. När man spelar in en observation på film är det viktigt att ta med sig förståelsen för att vi antagligen inte får med oss den oberörda autentiska händelsen på film (Malterud, 2003). Detta på grund av att den som observeras oftast vill visa den bästa sidan av sig själv. För att få med sig förhållandet mellan den verbala och nonverbala kommunikationen är videoupptag bra och ger oss ett större material än vid exempelvis ljudupptag.

Jag hade en deskriptiv tillnärmning med fokus på kliniskt utförande, beteende hos terapeuten och hur denne gav information vidare till föräldrarna. En sådan tillnärmning uppnår lättare giltiga resultat än tolkning (Malterud, 2003). Även en beskrivande tillnärmning kan ha många versioner beroende av den som beskriver situationen. Detta måste forskaren vara medveten om när den gör en observation utifrån, det kan vara bra i förhållande till att få en översikt av

samspel och helhet. Å andra sidan kan forskaren missuppfatta delar av materialet eller tilldela subjekten andra meningar än de som var (Malterud, 2003). Med en observation studerar man vad folk gör (Tjora, 2010). Här ligger fokus på vad terapeuternas handlingar och då är observation en bra datagenereringsmetod.

Varje gång forskare ska observera interaktioner måste de ta hänsyn till flera olika faktorer såsom sociala och kulturella faktorer, deltagarnas fysiska egenskaper, den fysiska uppsättningen, språkfaktorer och emotionella faktorer (Carter et al., 2011; Malterud, 2003). Man kan genom observationsdata som är baserade på olika grad av deltagande och intervention få en mer direkt dokumentation av samhandlingsprocesser. Film är ett teknisk medium för datainsamling (Malterud, 2003; Tjora, 2010). Vid datainsamling med videoinspelning är det viktigt att det finns ett skriftligt informerat förhandssamtycke från alla berörda av observationen. Under observationen kan forskaren i tillägg till videoinspelning samla sina observationer och reflektioner i fältnotater. Det är ett viktigt medel för att fånga upp intryck och eftertankar som man inte kan få med på en videoinspelning. Anledningen till att fältnotater är viktiga är att det inte är nog att forskaren kommer ihåg det som ska beskrivas. För att ett forskningsprojekt ska kunna ge vetenskaplig kunskap krävs det pålitlig dokumentation som visas i texten. Data är det materiella grundlaget när analysen ska leda fram till det vi sett och hört. ”Alle former for data er mer eller mindre indirekte og filtrerte versjoner av virkeligheten” (Malterud, 2003, s.72).

Före datainsamlingen startade läste jag en del om observation för att få mest ut av metoden jag valde att använda i studien. Själva datainsamlingen gick till på följande vis: Jag var fysiskt med under konsultationerna men deltog inte, jag var bara med som observatör. Jag placerade både mig och kameran, Canon EOS 550D, i hörnet av rummet för att komma bort från fokusområdet till manuellterapeuten, barnet och föräldrar. Kameran stod på ett golvstativ så jag kunde föra notat utan att behöva hålla i kameran. Eftersom rummen inte var så stora så blev videokameran stående i närheten av behandlingsbänken för att få en bra vinkel. Jag flyttade inte kameran under konsultationen. Jag var i rummet innan själva konsultationen började. Terapeuten förklarade igen för föräldrarna varför jag var där och att filmningen och fokus bara var av terapeuten. Ett informationsskriv och informerat samtycke gavs till de inblandade, tre dokument signerades av forskaren, terapeuten och föräldern (bilag/vedlegg).

Observationen hade bara fokus på manuellterapeuterna, dvs. det var endast manuellterapeutens handlingar som observerades, inte barnet. Jag observerade och filmade anamnesen, undersökningen och behandlingen. "Handling" av barnet, tilltag och information/kommunikation som gavs till föräldrarna under konsultation var delar av fokuset. Syftet att skriva fältnotater dvs. nyckelord var främst för att få med atmosfären i rummet och i specifika situationer, som till exempel den terapeutiska relationen, mina egna intryck och känslor, samt potentiella idéer för analys. Det var också för att om det var några oklarheter jag observerade som kanske inte kom med på filmen så var det en backup till det att jag börjat se filmerna. Efteråt såg jag att fältnotater var värdefulla och att jag hade god hjälp av dem. Utfyllande spørgsmål till den ena manuellterapeuten har skett efter att observationerna setts på film.

Terapeuternas kontor på de olika klinikerna var ganska lika och bestod av en bänk, tre, fyra stolar, en hylla och ett skrivbord med dator. Storleken på kontoren varierade, men var generellt trevliga med mycket ljus och stora fönster.

3.4. Analys

I studier som denna är en systematisk genomgång av kunskap från materialet det som leder fram mot nya beskrivningar och också det som visar att resultaten är vetenskaplig kunskap (Malterud, 2003). Analysen är vägen mellan rådata och resultatet genom att forskaren tolkar och sammanfattar det organiserade datamaterialet.

Vid teoribaserad fenomenologi analyserar man fenomen såsom beteende, tankar och känslor utifrån en teoretisk kontext med förutbestämda definitioner (Malt, 2011). Kontext och definitioner väljs utifrån tema, problemställning eller hypoteser. Systematisk textkondensering är väl ägnat för en deskriptiv tvärgående analys av fenomen som beskrivs utifrån data från flera informanter för utveckling av nya beskrivelser (Malterud, 2003). Metoden bygger på Giorgis fenomenologiska analys. Giorgi rekommenderar att analysen följer fyra steg; Få helhetsintryck, identifiera meningsbärande enheter, abstrahera innehållet i meningsbärande enheter och slutligen sammanfatta betydelsen av detta. Metoden är ett konkret exempel på hur överväganden om relevans, validitet och reflexivitet kan förvaltas vid systematisk analys av kvalitativa data som ska tolkas (ibid.). Jag gjorde en analys inom detta metodfält i den här studien.

Efter att ha läst fältnotater och sett observationerna på film flera gånger transkriberade jag alla fyra observationerna ordagrant. Att transkribera är att göra en översättning från en skriftlig eller muntlig skildring av ett händelseförlopp, till ett annat, för exempel från en muntlig till en skriftlig konversation (Kvale, 2007). Syftet att transkribera, som är det första steget i analysen var för att underlätta vidare analys av teman och se efter mönster och kännetecken som genom kritisk reflektion kan identifieras och återberättas. Genom den noggranna transkriberingen fås en djupare insikt för det som observerats.

Med utgångspunkt i problemställningen låg fokus på likheter och skillnader mellan de två terapeuterna och mellan terapeuternas konsultation ett och två. Jag fokuserade på kommunikation/information, undersöknings- och behandlingstekniker. Jag som forskare, fysioterapeut och manuellterapi mastersstudent men utan vidareutbildning i det asymmetriska barnet KISS/KIDD, tog med mig mina kunskaper in i analysen medvetet. Detta påverkade också perspektivet analysen genomfördes på.

4. RESULTAT

Första terapeuten nämns vidare som, T1. T1 har konsultation A och B. Andra terapeuten nämns vidare som, T2. T2 har konsultation C och D. Orden konsultation och observation används om samma tillfälle.

Tabell III. Information om deltagarna.

Terapeut 1 & 2:	Observation: A, B, C, D	Pojke/Flicka:	Ålder på barn:	Vem kommer med barnet:
T1 (Terapeut 1)	Barn A	Pojke	2 månader + 3veckor	Kommer med en förälder
	Barn B	Pojke	5 månader	Kommer med bägge föräldrar
T2 (Terapeut 2)	Barn C	Flicka	1 månad + 1 vecka	Kommer med bägge föräldrar
	Barn D	Pojke	2 månader + 2 veckor	Kommer med bägge föräldrar

4.1. Gemensamma nämnare i observation T1 A och B

Anamnes:

Behandlingssekvensen startar med att T1 tar upp anamnes, samtalet börjar:

”Du kan begynne å fortelle meg kofør du tok kontakt?” Barn A kom på grund av att sjukhuspersonalen hade rekommenderat att gå till manuellterapeut om barnet var oroligt, i

tillägg ville han inte ligga ned utan bara sitta. Barn B kom för att han hade problem med att vrida på huvudet till ena sidan.

Huvudfokus i anamnesen handlar om frågor relaterade till nacken och positioner. Till exempel om barnet har en favoritsida och om det kan ligga med huvudet i åt båda håll.

Vidare i sjukhistorien lägger T1 en del vikt på frågor om sömn och sömnkvalitet som del av symtomutredning. I den sekvensen ligger också fokus på om barnet är oroligt eller otålmodigt.

En viktig del av spädbarns vardag handlar om intag av näring och defekation. Så naturliga frågor handlar då om barnet har avföring varje dag och om det är knutet till några svårigheter. Det samma gäller också intag av näring, amning. I de här observationerna så amnades aldrig barn A på grund av uppehåll på intensivavdelningen de första två veckorna efter födseln medans barn B fullammades fint fram till fyra månaders ålder.

Ett av huvudfokuset inom asymmetriska nackproblem hos barn ligger i själva förlossningssituationen. Då tanken om att storlek på barnet, tryck och vridningar på nacken/kroppen och tidsperspektiv på födseln är viktigt. Så frågor om barnet är fött på beräknat förlossningsdatum/termin och om födseln gick av sig själv eller om det behövdes hjälp, verkar centrala. Barn A kom två veckor före termin på grund av mors graviditetsdiabetes. Barn B kom helt naturligt och frisk utan några omständigheter. Andra screeningsfrågor som togs med behandlar barnets tillstånd efter födseln, såsom sjukdomar och feber.

Undersökning:

Föräldrarna tar av barnet kläderna utom body och blöja. Före T1 börjar undersökningen, ”go-pratar” T1 med barnet för att få igång en ”kommunikation”. T1 lägger barnet på rygg och tar en färgrik leksak som hon för från ena sidan till den andra i en halvcirkel över barnets kropp för att se på aktiv rotation av nacken. Observation av aktiva rörelser är en viktig del av undersökningen.

Spädbarnsreflexer, neurologi, kontroll och motorik testas på olika vis. T1 håller barnet i händerna för att testa palmar gripreflex och samtidigt se på hur barnet drar sig upp och håller

nacken/huvudet när T1 försiktigt för barnet långsamt upp från underlaget. Mororeflexen testas i samband med detta.

T1 går vidare och testar höfterna i inåtrotation, utåtrotation, flexion och abduktion, bäckenet och lumbalcolumna i flexion och lateralflexion. T1 informerar om att en reducerad rörelse på en sida kan fortplanta sig genom kroppen om den varit där ett tag. T1 känner på ankelrörlighet och testar plantar gripreflex.

För att screena ut mer allvarlig patologi testar T1 om det är tonusförändring i armar och ben. T1 för knäet och armbågen i jämn fart i flexion–extension och avslutar med skulder från 0° till full flexion.

T1 håller barnet i magliggande över sin arm och testar landau reaktion, genom att lätt stryka thoracal/nacke/huvud i flexion. I samma position drar T1 fingret längs sidorna och testar galantreflexen. T1 lägger barnet på mage för att se på spontanmotorik. Drar upp bodyen på ryggen, ser på glutealveck och höftextension. Undersökningen fortsätter med bäckenet och rörlighet uppöver columna med springingtest. Barnet läggs på sidan för att se hur det lyfter kroppen/huvudet i lateralflexion mot gravitation, här ser T1 på kontroll/styrka och koordination av central stabilitet.

I undersökning av barn A och B känner T1 på barnets huvud om det finns asymmetrier. Avslutningsvis är det specifik test av nacke, framför allt övre. T1 lägger barnet i ryggliggande med barnets huvud mot sig för att testa flexion, rotation och lateralflexion höger/vänster. Här finner T1 att barn A har reducerad rörlighet mot vänster och barn B mot höger.

Behandling och Information:

T1 mobiliserar C1 i lateralflexion hos bägge barnen, med gott resultat som visas i retest. Om hemövningar säger T1: *"Heller ofte og lite enn lange perioder"* och om behandlingen: *"Det er vanlig at de får en reaksjon etter behandling, noen unger sov kjempemye, mer enn normalt, det er ikke uvanlig, så kan de bli lit utilpass"*. T1 ger mycket information efter undersökningen om vilka hemövningar som ska göras och varför. T1 förklarar också en del om barnreflexer, motorisk utveckling och vad som kan hämma och främja den. T1 önskar barnet på återbesök efter en till två veckor. Har föräldrarna eventuella frågor som kommer upp så kan de ta kontakt på telefon.

4.2. Särdrag i observation T1 A och B

Anamnes:

Om relevanta spørsmål är olika kan det tolkas som att det beror på barnens olika ålder/situation och föräldrarnas utfyllande svar. I observation A frågar T1 om det var första graviditeten och om barnet fäst sig tidigt i bäckenet. Eftersom barn B fullammades i fyra månader men barn A inte alls så frågar T1 om barn B ammaden lika gott på höger och vänster sida, det var inget problem för barn B. T1 frågar om barn B har börjat förflytta sig runt på golvet, mage/rygg, barn B var som vi vet äldre. Spørsmål också om barn B hade några skevhet, kulor eller märken på huvudet när barnet var fött. T1 undrar om barn B varit hos fysioterapeut lokalt eller på helsestasjon/barnavårdcentralen, detta kan bero på att de bor ute i distriktet.

Undersökning:

I observation A ger T1 informationen att *”Nå kjenn jeg jo på han fra hofta og opp gjennom ryggen, men jeg trykk ikke nokka hardt på han, men ofte så skrik di og klager lit, fremfor alt når jeg kommer till nakken, de syns ofte ikke noe om det”*.

T1 lägger barn A på mage med armarna längs sidorna för att se om barnet kan ta fram armarna. Kibblers test som är en neurologisk orientering utförs också på barn A, samman med att T1 lägger barnet på sidan och testar rörlighet i thoracal.

I observation B lägger T1 barnet på mage och tar en leksak och för den från barnets ena sida nerifrån höften och upp mot huvudet och över på andra sidan, observation av aktiv rörlighet. Föräldern håller barnet lite på magen för att stabilisera vid ryggliggande nackundersökning. Antigravitorisk aktivitet i sidevippetest som är en central test för de här barnen testas på barn B, barnet hålls runt trunkus och lyftes upp för att se på reaktion.

Behandling och Information:

Barn A behandlas med mobilisering av thoracal i magliggande och sidliggande. Barn B läggs i magliggande för mobilisering av bäckenet på höger sida. De olika behandlingsuppläggen med olika övningar är olika beroende av vad T1 finner i undersökningen.

I observation A ges följande information: *”Det kan også være lit greit å ta lit hensyn til behandlingen av nakken, så ta lit ekstra hensyn når dokker klær av og på han og ikke herjelek*

oppi lufta så mye uten ta det lit med ro” och i hur mycket övningar barnet ska utföra: *” Du får bare se det lit an hvor mye han aksepter, lite klaging er ok men du treng ikke å tyn det heller”*. I observation B frågade ena föräldern *”Gjorde du noe med han nå?”* T1 svarade *”Ja jeg behandlet han og det slapp jo veldig fint opp”*. I en del situationer kan det tänkas att för någon som inte är helt insatt i faget, så är det svårt att förstå allt som görs och blir sagt.

4.3. Gemensamma nämnare i observation T2 C och D

Anamnes:

Konsultationen börjar med att T2 tar upp en anamnes: *”Fortell kofør dokker kommet hit i dag”*. Barn C kommer på grund av mycket gråt, är orolig och ligger bara med huvudet mot höger. Barn D har väldigt ont i magen, gråter mycket och har en ”låsning” som föräldrarna säger, han vill inte vrida huvudet mot vänster.

Samma huvudfokus i sjukhistorien som tidigare, frågor relaterade till nacken och kroppspositioner. Har barnet en favoritsida och kan det ligga med huvudet åt båda håll.

Frågor om sömn och sömnkvalitet tolkas i riktning av symtomutredning och vegetativa reaktioner. I den sekvensen ligger också fokus på om barnet är oroligt eller otålmodigt. Barn C sover ganska bra medans barn D är mycket oroligt och sover dåligt hela dygnet.

Som tidigare skrivits så är en viktig del av spädbarns vardag, intag av näring och defekation. Frågor inom det fokusområdet handlar då om barnet har avföring varje dag, om luft och om det är knutet till några problem. Här kommer amning också in. Bägge barnen sliter med att få ut avföring och luft, vilket leder till att de får ont i magen och gråter mycket. Både barn C och D har fått tillägg och ammas delvis. Barn D har bara fått tillägg efter han blev sju veckor. Problemställningen ligger först och främst i en reducerad mjölkproduktion hos mor.

”Okej, hvis vi begynner fra begynnelsen, korsn hva fødseln?” mamman till barn C säger att det var en lång och hård upplevelse som efter 3 dagar slutade med ett akut kejsarsnitt medans mamman till barn D hade en ganska fin upplevelse där allt gick som normalt. T2 säger att *”Anledningen til at jeg spør om fødsel er fordi hodet går ned i bekkenet, også kommer kroppen som blir pressa på av livmora som skyver hodet ut. Og da i hele den utdrivningsfasen får de øvre nakkeleddene, som er den siste plassen man kan ta ut bevegelse i, ganske mye*

juling før hodet kommer så langt ned at det går ut. Så då får man en del kompresjon eller sammentrykning i nakken som er lit tøff for de her små.”

Undersökning:

Båda undersökningarna börjar T2 med en förklaring: *”Di ungene som kommer her til meg, da sjekker jeg lit igjennom hele kroppen, det er ingenting som gjør vont i det jeg gjør, for det er unger som har sovet seg gjennom hele grejja, men jeg sjekker om det er noen asymmetri, forskjell på høyre og venstre side av kroppen demmes, og om det er noen stive partier i bekkenet, ryggsoylen helt opp til nakken. Der leter jeg etter om di har noen stive parti som de ikke helt har kontroll over. Så ser jeg lit på det motoriske, korsn de reagerer på når de ligg på mage og på rygg. Og det kan bli at di protesterer, men det er ikke for at det er vondt uten det er for at jeg bestemmer. Og den undersøkelsen jeg gjør tar sirka fem till sex minutt, så jeg gjør det jeg skal gjøre, så ser vi om vi finn noen ting, så diskuterer vi etterpå hva som eventuelt ska gjøres med det, også ser vi på om jeg har noen tips til dokker etterpå.”*

Föräldrarna klär av barnet alla kläderna utom blöjan. T2 småpratar med barnet för att få ”kommunikation”. T2 frågar om föräldrarna brukar prata med barnet och få svar tillbaka. T2 ser på hur barnet ligger fritt på ryggen om det ligger oroligt eller verkar tryggt. T2 går vidare med test av höfterna i flexion och utåtrotation. Fortsätter med rörlighet i anklar och plantar gripreflex, T2 förklarar samtidigt: *”Om barnet legat trangt i magen, kan forfoten ligge helt inntil leggen”*. T2 tar i barnets händer och ser på palmar gripreflex, greppet och drar långsamt upp från bänken och ser om barnet kan hålla huvudet/nacken. T2 säger att barnet: *”virker trygg og fin, en del er lit skvetten og urolig, men hun/han har funnet ut at ryggen er fin og flat”*. Nedre delen av ryggen testas i flexion och lateralflexion, här poängteras att funktionen i nedre lumbal är viktig för funktion av mage/tarm.

Barnet läggs över på mage med armarna längs sidorna för att se om barnet kan ta upp armarna eller framförallt den armen som ansiktet är vänt mot. T2 ser samtidigt på huvudform. Vidare test går på bäcken och springingtest uppöver columna, samtidigt palperas muskulatur. T2 säger: *”Sjeldent man finn noe på de små for di har ikke begynt å belasta bekkenet enda, men det sjekkes uansett, bekkenet er plant og ikke skrå når de er så små”*. Till slut testas slutrotation av nacken i magliggande före barnet läggs över på rygg igen.

Specifik test av nacken är en viktig del av undersökningen och då testar T2 lett traktion, flexion, rotation och lateralflexion höger-vänster. Barnet lyfts upp och en antigravitorisk aktivitet i sidevippetest utförs för att se på reflexreaktionen.

Behandling och Information:

T2 mobiliserar C1 i lateralflexion på barn C och D, med gott resultat enligt T2. Det läggs också in en lett traktionsmobilisering. Hemövningarna förklaras i detalj, i magliggande för barn C blir antalet fyra till fem gånger/dag, gärna tre till fyra minuter varje gång. Barn D som är lite äldre rekommenderas att ligga fem till sex gånger/dag, i fem till sex minuter. Barnet kan gärna bli lite ”sint” i ett halvt till en minut för då blir det lite starkare. T2 förväntar resultat vid återbesökstiden.

T2: ”Så det som skjer nå er at hun/han antageligvis får to typer reaksjoner. Først det som jeg har gjort nå er egentlig å pepre kroppen med stimuli, dokker stryk forsiktig å sånn på hun/han men jeg går in å trøkk og tester lit så hun/han får masse informasjon så det blir nesten som overdose, så di kan bli lit sjakkmatt av det her, når hun/han ikke er vant med så mye stimuli. Så ofte så sover dem og blir helt utslått i to til tre timer etter det her. Også etter det kan det kom en reaksjon at di blir lit mer grinet. Jeg har prøvd å påvirke og restarte nakken, få lit mer bevegelse for å få lik bevegelse på begge sidene. Jeg prøver bare å lirke, trøkke hodet lit fra øverste nakkevirvel for å sleppe til lit mere leddveske også dytte det lite mere i glidning så det blir lettere for di å ta i bruk den glidningen. Derfor de nye tingene vi snakka om er reaksjonene at hun/han kan bli støl i muskulatur for å styre nye grader av bevegelse i nakken, akkurat som når vi gjør en ny ting kan vi bli lit støl, men det går over i løpet av et døgn. Så i morra vid den her tia kan dokker begynne med mageligginga og sideløft og sånne ting, ikke sant”.

4.4. Särdrag i observation T2 C och D

Anamnes:

Olika spørsmål i anamnesen tolkas som att barnen är i olika ålder eller kommer för olika problemställningar. T2 undrar om barn C var utmattat och trött eller vaken och fin efter det långa förloppet som slutade i akut kejsarsnitt. Här ligger också fokuset mer på näringsintag vilket gjorde att när barnet fick mer tillägg så var det inte lika oroligt längre. T2 lägger också en del vikt på barnsängplacering eftersom barn C ligger med huvudet vänt mot mamman hela

natten. I observation D kommer en del frågor runt tre kiropraktorbehandlingar på grund av mage/tarmproblematik hos barn D.

Undersökning:

I undersökning av barn C testas galantreflexen men inte hos barn D.

Behandling och Information:

Mobiliseringsbehandling av C1 föregår i två omgångar på barn D. Hemövningarna och information är olika på grund av ålderskillnad och problemställning på barnen.

4.5. Gemensamma nämnare i observation T1 AB och T2 CD

Anamnes:

Likheterna i anamnesupptag för de båda, T1 och T2 är många. De går genom samma huvudteman. Bägge två börjar med en öppen fråga om varför föräldrarna tagit kontakt. För de fyra barnen handlar det om reducerad rörlighet vid vridning av huvudet, orolighet, magont och gråt.

Huvudfokus i anamnesen handlar om frågor relaterade till nacken och kroppspositioner. Till exempel om barnet har en favoritsida, om det kan ligga med huvudet åt båda håll och om barnet kan ligga på mage och rygg. Alla olika positioner utreds i förhållande till oro, obehag eller tillfredsställelse.

Sömnkvalitet kopplar både T1 och T2 samman med positionering av rygg/nacke. Det uppfattas som sömnkvalitet är spørsmål om symptom hellre än orsak.

När det kommer till mage/tarm och amning är barnen väldigt olika men terapeuternas fokus ligger på liknande problemställningar. Som T2 uttrycker sig: *"For det er det første vi tenker på når unger er urolige er, får de nok mat? Og hvis ikke er det ikke rart at de prøver å gi lyd fra seg, så det er sikkert fornuftig, sant? Men du kan jo prøve å opprettholde melkeproduksjon fremover"*. Det här sa T2 i en av observationerna men det kan tolkas som att tankegången med liknande spørsmål från bägge terapeuterna har samma fokus. Bland de fyra barnen så var det bara ett barn som amningen var oproblematiske för en period, barn B fullammades i fyra månader. De andra tre barnen fick antingen bara tillägg eller både och, grunden låg då framför

allt i reducerad mjölkproduktion. Spörsmål om avföring och luft tolkas som ytterligare en grund till oro och obehag.

Problematiken runt födsel är central hos både T1 och T2. Frågor om de olika faserna, tidsperspektiv, rier/sammandragningar och leie/läge på barnet är i fokus. Hos de fyra barnen var det ett akut kejsarsnitt, en igångsättning och två som kom spontant.

Undersökning:

Undersökningen börjar med barnen på rygg, bägge terapeuterna ”go-pratar” med barnen. Det tolkas som en form för etablering av kontakt och kommunikation mellan barn och terapeut. Inspektion av barnets rörelser/spontanmotorik och uttryck görs under hela sekvensen. Färgglada leksaker används för att evaluera aktiv rotation i nacken och kompensatoriska rörelser av kroppen. Passiv rörlighet av höfter i flexion, utåtrotation och nedre del av lumbalcolumna i flexion, lateralflexion testas i ryggliggande position. Förläggningsvis testar både T1 och T2, passiv rörlighet i anklar. Spädbarnsreflexer som plantar och palmar gripreflex. En aktiv test där terapeuterna försiktigt stimulerar barnen att dra sig upp genom att hålla i barnets händer utförs för att se på kontroll av kropp/nacke. I magliggande börjar bägge terapeuterna nere på bäckenet och förflyttar sig upp genom hela lumbal och thoracalcolumna med ett grepp som liknar springingtest. Här testas också galantreflexen. Rörlighet och muskulär utveckling palperas och testas.

Barnen läggs igen över på rygg för specifik test av nacken som är en mycket viktig del i undersökningen. Då testas flexion, rotation och lateralflexion höger-vänster.

Behandling och Information:

Bägge terapeuterna finner reducerad rörlighet på C1 hos alla barnen. Detta behandlas med mobilisering C1 i lateralflexion. Alla barnen får hemövningar som omfattar rörlighet, stabilitet, koordination och styrka, information specifik för varje barn repeteras i slutet av konsultationen.

4.6. Särdrag i observation T1 AB och T2 CD

Anamnes:

Även om huvudteman var lika var de två terapeuterna olika i sin framtoning. Det uppfattas som om T1 att har fler specifika frågor medan T2 har fler förklaringsmodeller, ses också tidigare i resultatet för terapeuterna.

Undersökning:

Barn A och B undersöks med body på och barn C och D utan body. Olika i undersökningen är liknande de i anamnesen förutom att här har T1 fler test än T2, t ex så testar T1 om barnet har tonusförändringar i armar och ben, landau reaktion, P4 test (Posterior Pelvic Pain Provocation), thoracal undersöks i sidliggande och med kibblers test. Barn A och B testas också i sidliggande om de klarar att lyfta sig från underlaget. Barn A, C och D testas i magliggande med armarna längs sidorna, för att se om de kan ta handen upp till ansiktet.

T2 förklarar före undersökningen vad som ska ske och hur lång tid det tar, terapeuten pratar också genom hela undersökningen vad den gör, finner och förklaringsmodeller. T1 kommunicerar också under undersökningens gång men i mindre grad. I T1s konsultationer kommer mer information och förklaringsmodeller efter behandlingen. T1 testar mororeflexen hos barnet liggande på rygg medan T2 ställer frågor som tolkas som en test om aktiv mororeflex.

Behandling och Information:

I behandlingssituation så är den största skillnaden att T1 behandlade bäckenet och thoracalen på barn A och B i tillägg. Det som skiljde hemövningarna var att barnen var i olika åldrar och hade olika fynd. T2 gav mer konkret information vad gäller hur många gånger hemövningarna skulle utföras och hur länge. Som skrivits tidigare så gav T2 mer information än T1 över lag, men tillräcklig information förmedlades av båda terapeuterna.

Alla fyra konsultationerna/observationerna upplevdes som mycket professionella. Båda terapeuterna verkade som fagligt starka terapeuter med stor empati och förståelse för barnen och föräldrarna. Det var god stämning under alla konsultationerna. Föräldrarna tolkades som mycket nöjda efter timmen var över.

5. DISKUSSION

5.1. Generella betraktningar

Att göra en observation av två manuellterapeuter med vidareutbildning inom undersökning och behandling av det asymmetriska barnet/KISS- KIDD i undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken kan bidra till att öka förståelsen för hur manuellterapeuter med specialträning närmar sig barn med asymmetrier. Att göra en kvalitativ observationsstudie inom det här fältet menar jag var mycket relevant då det finns alltför lite forskning på området (Brurberg et al., 2009).

Likheterna i konsultationerna för de båda var många. De gick genom samma huvudteman i anamnes, undersökning och behandling. Även om huvudteman var lika var de två terapeuterna olika i sin framtoning. Det uppfattades som om T1 att hade fler specifika spørsmål och tester medans T2 hade fler förklaringsmodeller. T2 gav mer information än T1 över lag genom hela konsultationen, men tillräcklig information förmedlades av båda terapeuterna. När man såg på terapeuternas observation ett och två handlade olikheterna ffa. om att barnen var i olika åldrar (Tabell III) detta gjorde att både spørsmål och tester blev lite annorlunda i förhållande till varandra. För de fyra barnen handlade det om reducerad rörlighet vid vridning av huvudet, orolighet, magont och gråt.

5.2. Metoddiskussion

5.2.1. Urval

Valet att jämföra två manuellterapeuter verkade mest förnuftigt eftersom manuellterapi är inom mitt fagområde. Samtidigt är det viktigt att ha med sig förståelsen för att även om bägge är från samma yrkesgrupp så kan man förvänta att de har lite olika tillnärmning (Thornquist & Gretland, 2003). Tidigare studier har jämfört både manuellterapeuter och andra faggrupper (Endresen, 2010; Mordt, 2008; Wie-Tol, 2010). Bägge manuellterapeuterna hade flera års erfarenhet med behandling av asymmetriska barn vilket förhoppningsvis påverkade resultatet i en positiv riktning dvs. att likheterna var fler än skillnaderna. Det som kanske gett annan och mer varierad information var om en av terapeuterna var mycket mer oerfaren än den andra för att se om resultatet hade blivit annorlunda. Man måste också tänka på att de terapeuterna som sa ja till att vara med, vet att de behärskar arbetsuppgifterna gott och inte har något emot att analyseras. När det kommer till barnen som var med så var det terapeuterna som avgjorde vilka barn som inkluderas. Det är viktigt att urvalet innehåller data om det fenomen som vi vill forska på (Malterud, 2003). I kvalitativ forskning är inte målet att resultaten mekaniskt

kan överföras på populationsnivå. Det är viktigt att urvalet är sammansatt så att materialet innehåller nog adekvat data om det forskaren önskar att studera så att problemställningen kan belysas.

Totalt fyra stycken barn, från fem veckor till fem månader, alla med asymmetri i nacken. Att barnen inte var äldre än sex månader har att göra med den motoriska utvecklingen hos barnen. I tidigare studier har barnen varit framför allt mellan tre till sex månader (Haugen et al., 2011; Mordt, 2008). Man kan tänka sig att resultatet blivit annorlunda om de fyra barnen var exakt lika gamla eller om det hade varit fler konsultationer. Men med tanke på tidsperspektivet på studien var det inte möjligt.

Den interna validiteten ökar med att ha två observationer per terapeut i förhållande till bara en, för att också kunna se på terapeuternas egna likheter och olikheter. Har man ett bra strategiskt urval kan man ändå utveckla beskrivningar, begrepp och teoretiska modeller som har relevans för sammanhang i andra tillfällen än just där studien blev genomförd (Malterud, 2003). När man värderar överförbarhet så bygger det på andra principer än urvalets storlek. Den ökar heller inte proportionerligt med antal subjekt i materialet. Urvalsbias är en kalkylerad risk när det kommer till strategiskt urval. Det är en självklarhet att kunskapen påverkas av var vi har valt att hämta materialet från. Det viktiga är bara att man är medveten om det i förväg.

5.2.2. Datainsamling

Med en observation studerar man vad folk gör och vid intervju studerar man vad folk säger att de gör (Tjora, 2010). Som jag nämnt tidigare har flera studier gjorts med intervjuer och scheman. Att filma och observera utan att delta eller kunna ställa frågor under tiden, är både positivt och negativt. Det positiva är att terapeuten inte blir avbruten och har en så lik konsultation som möjligt som den har i vanlig klinisk praktik, motsatsen är att de flesta vill göra lite mer, lite bättre när någon ser på (Malterud, 2003). Det kommer man inte ifrån oavsett om terapeuten har lång erfarenhet eller inte. Det negativa är att vad jag ser och uppfattar kanske inte stämmer till 100 % med den faktiska händelsen. Genom att jag både filmar och är med och observerar menar jag att ha fått ett bra grundlag för analys, eftersom jag ville se på både anamnes och undersökning/behandling. Resultatet kan kanske ha varit lite annorlunda om jag inte var med i rummet eller om konsultationen inte filmades men det är en problemställning som inte är aktuell eftersom då hade vi varit tillbaka på vad terapeuten säger

att den har gjort. Observation av terapeutens handlingar ger en starkare intern validitet än när den ska berätta om vad de gör (Tjora, 2010).

5.2.3. Forskarrollen

Andra faktorer som är viktiga att ha med i tanken vid en sådan här typ av studie är att när man gör ett fältarbete i egen arbetskultur kan det ge många fördelar såsom kunskap i ämnet, förståelse av fenomen och koder (Malterud, 2003). Å andra sidan kan detta också leda till att forskaren har med sig en förförståelse som gör den fältblind och gör att fokus ändras och man ser bara det man är van att se. Forskning på eget fält måste också ta höjd för att de som blir observerade ofta har stort intresse för analysen i studien (Tjora, 2010). Ofta finns det flera olika versioner av en observation, då kan det vara aktuellt att ställa uppklarande frågor till den observerade (Malterud, 2003). Det gjordes till den ena terapeuten.

Med min bakgrund och med mina kunskaper inom fysioterapi/manuellterapifaget har jag naturligtvis en tanke om det jag observerat, transkriberat och analyserat. Det var omöjligt att vara helt objektiv i studien, det var heller inte önskligt (Malterud, 2003). Genom att systematisera och organisera terapeuterna och barnen med bokstäver och tal, färgkoda resultatet efter problemställning och verkligen gå in i materialet menar jag att analysen har gett svar. Det mest positiva svaret var att jag förväntade att finna fler särdrag mellan terapeuterna, men att så var inte fallet. Detta hade jag aldrig funnit om jag inte gått på djupet i observationerna.

5.3. Resultatdiskussion

I den här delen diskuteras likheter och skillnader mellan observationerna.

5.3.1. Anamnes

Som manuellterapeut och primärkontakt är det alltid viktigt att ha en god anamnes där inga frågor glöms bort eller räknas som mindre viktiga då det är helheten som visar vägen vidare in i undersökningen och blottar t ex röda flagg (Bærheim, 1999; Solberg, 2002). Endresen (2010) ser en andel terapeuter som brukar anamnesschema som målsman fyller i. I den här studien hämtades information genom samtal med föräldrarna. Bägge delar kan vara en god lösning, huvudsaken informationen ger svar på frågorna.

Det som sågs i början av alla konsultationer var ett öppet spørsmål om varför föräldrarna tagit kontakt med terapeuten, det är en invit så föräldrarna kan känna att terapeuten är villig att lyssna till deras förklaring och bekymringar. Om vårdpersonal, och i detta tillfälle manuellterapeuten, inte ställer öppna frågor är det nästan omöjligt att veta hur patienten verkligen har det (Twycross, 1998). Patienten, i detta fall föräldern, kan då få möjlighet att uttrycka sina känslor. Öppna frågor har inte ett givet svar utan stimulerar patienten att berätta och förklara (Statens folkhälsoinstitut, 2012). En förutsättning är att de öppna frågorna och svaren leder till en text där det är informatören som ger oss relevant kunskap (Malterud, 2003). Eftersom föräldrarna hade olika förklaringsmodeller och olika sätt att uttrycka sig på så var svaret på just det öppna spørsmålet väldigt varierat både tids- och innehållsmässigt. Att bli hört och tagen på allvar är det viktigaste (Åbyholm & Hjortdahl, 1999). Grunden för ett bra samtal ligger i den empatiska kommunikationen mellan terapeut och patient, här förälder (Gordon, Baker & Levinson, 1996). Bägge terapeuterna är engagerade i svaren, nickar och har ett öppet kroppsspråk, detta är också i samsvar med Rodin et al. (2009).

Positiva likheter i anamnesen gick på huvudteman såsom frågor relaterade till nacken, kroppspositioner, om barnet hade en favoritsida och om mag- och ryggliggande. Många av frågorna handlade om barnets motoriska utveckling vilket är oerhört relevant hos de här barnen (Biedermann, 2004; Sacher & Imhof, 2008). Viktiga differentialdiagnostiska frågor är t ex när asymmetri först sågs, om asymmetrin uppstår senare är det troligtvis inte KISS.

Frågor som handlar om mage/tarm, näringsintag och defekation tolkas som ytterligare en grund till oro och obehag. Har barnet t ex. vegetativa symptom? Terapeuten måste också tänka på att de inre organen är rikt innerverade av sensoriske nervfibrer/viscerala afferenta fibrer, och att deras signaler förmedlas delvis genom ryggmärgens dorsala rötter (Jansen & Glover, 2009). Det kan ge refererad smärta pga. överlappning av signaler från viscerala afferenter och hudafferenter i det aktuella ryggmärgsegmentet.

Differentialdiagnostik är därför mycket viktigt, alltså se om det finns en annan orsak till problemställningen (Saedt, 2009b; Solberg, 2002). Amning är ett tema som det kom ganska många frågor om och det är allt från tillägg, om barnet ammas bäst från en sida till om det är barnet som inte kan suga pga. nedsatt sugreflex (Sacher & Imhof, 2008). Erfarenheten visar att barn med asymmetri ofta har problem med amning: KISS1 har problem från sidan med

restriktionen och KISS2 har problem med att de hyperextenderar. I den här studien handlade det mer om mors reducerade mjölkproduktion hos tre av fyra.

Sömn och sömnkvalitet verkar vara mer symtomutredning än orsak. Här är det flera olika följdfrågor om sovmonster, om barnet är oroligt, vaknar mycket och dygnrytm (Biedermann, 2006). Svårigheter att finna en behaglig sovposition och om barnet ofta vaknar på natten och gråter. Två av barnen, A och B hade goda sovperioder och det var ingen problemställning runt det medans barn C och D var oroliga. Mycket gråt både dag och natt, även en del oro i sömnen. Så det Biedermann (2006) och Endresen (2010) dokumenterar samsvarar med två av barnen i studien.

Tiden före, efter och under förlossningen är mycket central när man läser om asymmetriska barnnackar. Båda terapeuterna hade stort fokus på detta även om de har lite olika tillnärmning. Biedermann (2006) menar det finns fyra riskgrupper till asymmetri och de är de som haft en utdragen förlossning, extraktion med vakuum eller tång, tvillingar/trillingar och prenatala positionsanomalier. I den här studien hade en ett akut kejsarsnitt efter långvarig förlossning, en blev igångsatt och de två andra förlossningarna gick som normalt.

Anamnestiska huvudteman i alla fyra konsultationerna var lika även om de två manuellterapeuterna hade olika tillnärmning, många frågor samsvarade med Tabell I. T1 hade många flera konkreta frågor om sina patienter än T2. Enligt Biedermann (2008) kan 70 % av en diagnos ställas genom patientens, här barnets, historia. T2 hade fler förklaringsmodeller. Dels kan det ha att göra med barnens olika åldrar att det förväntades att de skulle vara olika utvecklingsmässigt, men också hur mycket föräldrarna berättade. Som observatör verkade det som att T1 hade en inbyggd checklista som följdes för att inte missa viktig information. En annan orsak kan också vara att terapeuterna hade något olika erfarenhet dvs. en av terapeuterna hade jobbat fler år, med asymmetriska barn än den andra. Olikheter i manuellterapeuternas bakgrund kan också göra att anamnesen såg olik ut även om viktigheten av anamnesen hos bägge är lika stor, det visas också i Wie-Tols (2010) studie.

5.3.2. Undersökning

I undersökningen hade bägge manuellterapeuterna många lika tekniker vilket är mycket positivt för reproduktion av test. Testerna är också dokumenterade hos Mordt (2008) och Endresen (2010). I kartläggningen ser man att det är fyra undersökningsmetoder som används

av de flesta manuellterapeuterna; passiv rotation i nacken, antigravitorisk sidevippettest, segmentell test för övre nacke i lateralflexion och ventralflexion och spontanmotorik. Problemet med tester på spädbarn är att det inte finns några standardiserade test som har en god forskning bak sig (Brurberg et al., 2009). Olika faggrupper har också olik syn på viktigheten av standardisering av de diagnostiska kriterierna (Wie-Tol, 2010). I studien var de fyra testerna använda av bägge terapeuterna. Andra tester som användes likt var passiv rörlighet i columna, höfter, bäcken, anklar och spädbarnsreflexer/neurologi. Skillnader i val av test berodde antagligen på att barnen var i olika ålder och den motoriska utvecklingen hade kommit olika långt, det kan man också se på terapeuternas konsultation ett och två. Den motoriska utvecklingen är individuell, mogningsrelaterad och miljöberoende (Utdanningsdirektoratet, 2012). Spädbarnsreflexer försvinner också allteftersom barnet blir äldre (Biedermann, 2004; Mork & Amdam, 1989). Terapeuterna använder klinisk resonering för att komma fram till den bästa bedömningen för den individuella patienten (Jones & Rivett, 2004). Det kan också påverka olikheterna. Biedermann (2006) poängterar att även om en fagperson gått en kurs betyder det inte att testerna är likadant utförda.

Skillnaderna mellan terapeuterna var mer markanta än mellan deras konsultation ett och två. Precis som i anamnesen så hade den ena terapeuten fler tester än den andra terapeuten medans den sistnämnda hade fler förklaringsmodeller. Ingen av terapeuterna hade för få tester i undersökningen, bägge två låg gott innanför vad tidigare studier visat vara relevant, se Tabell II, och en stor del var som taget rakt ur kursmaterialet om det asymmetriska barnet (Helgar & Imhof, 2008; Sacher & Imhof, 2008; Saedt, 2009b). Skillnaderna kan också ha att göra med hur många olika barnkurser terapeuterna har deltagit i.

Ingen av terapeuterna tar röntgen av barnens nacke, det är heller inte vanligt i Norge. Detta är något som man har stort fokus på i Tyskland och Nederländerna (Biedermann, 2006; Sacher & Imhof, 2008). I Norge är röntgen något man prövar att undgå om det inte är absolut nödvändigt, detta pga. risken för utveckling av cancer eller andra strålskador. Tröskeln för utveckling av cancer är lika för barn och foster (Statens strålevern, 2012). Att ta nackröntgen av små barn är endast indicerat vid misstanke om dysplasi (Kvistad, 2010; Norsk Manuellterapeutforening, 2008). I Tyskland görs det innan behandling med manipulation. I Norge är det inte ett manipulationsgrepp man gör på C1 utan en mobilisering/articuleringsteknik så en av terapeuterna.

Det viktiga i undersökningen är att man tänker sig att det är ett "cluster of tests" som säger något om vad terapeuten finner. Om bilden inte stämmer överens, att fynden pekar i olika riktningar, måste terapeuten tänka mer differentialdiagnostik. För det är ju detta som debatten handlar om, att det inte finns någon guldstandard för diagnosticering (Brurberg et al., 2009). Även om det inte gjorts tillräckligt med stora kvantitativa studier menar Hovmand, Lund, Albert och Winkel (2006) att "forutsetningen for evidens er forskning og forutsetningen for relevant forskning er kunskap om praksis". Det ser man också att Biedermann (2006) med sina 25 år med kliniska erfarenheter lägger som grund för sitt arbete med asymmetriska barn. Stöd för detta finner man också hos Alcantara (2007).

5.3.3. Behandling

Alla barnen behandlades med mobilisering på C1 i lateralflexion för att öka glidningen mellan occiput och atlas. Retest av rörlighet gjordes efter behandling och visade goda resultat, vilket terapeuten poängterade. Två av barnen fick också behandling av bäcken respektive thoracal. Alla barnen fick hemövningar som omfattade rörlighet, stabilitet, koordination och styrka alltefter vad terapeuten funnit i undersökningen. Huvudsyftet med behandling är att förbättra kvaliteten på de sensomotoriska funktionerna (Saedt, 2009b). Det är inte bara en "adjustment" av leden.

Postural ontogenes har en grundläggande betydelse (Helgar & Imhof, 2008). Sensomotorik är hur vi uppfattar kroppen och hur vi gör med vilka erfarenheter vi gör med kroppen. Asymmetri gör att sensomotoriken uppfattas annorlunda och barnet reagerar inte adekvat på stimuli, utan kompenserar. De motoriska erfarenheterna de första 12-18 månaderna utgör grunden för vår motoriska utveckling som undermedvetet används senare. Segmentet C0-C3 är övergången mellan ryggmärgen och hjärnan och alla motoriska, sensoriska och vegetativa funktioner styrs av det segmentet. Det är därför terapeuterna är så intresserade av symptom som sömn, oro, magproblem etc. Därför menar Saedt (2009b) att man ska behandla hypofunktion segmentellt och citerar Biedermann "Waiting for spontaneous recovery cannot be defended!". Hemövningar följer rekommendationer för motorisk inläring (Helgar & Imhof, 2008). Dagliga övningar behövs, motorisk inläring är beroende av ominläring. Upprepning av samma övningar leder till automatisering. För få upprepningar gör att man glömmer vad man lärt.

5.3.4. Information/Kommunikation

Terapeuterna hade ganska olika sätt att ge information på, det var aldrig sån att det var för lite information, den bara kom på olika tidpunkt. Som ses i resultatet så har T2 en mer informativ kommunikation genom hela konsultationen medans T1 lade den mesta informationen på slutet. T2 gav en annan typ av information, den förklarade vad som skulle ske i undersökningen och varför på förhand och när föräldrarna kunde vänta sig att se resultat av behandlingen. Andreassen, Randers, Naslund, Stockeld och Mattiasson (2005) säger att de patienter som är nöjda med informationen de fått från sjukvården anger också att de är mer nöjda med vården de fick. Som observatör upplevde jag ändå att bägge terapeuterna hade god kommunikation med föräldrarna.

Vad gäller återbesök så önskade den ena terapeuten att det skulle gå en till två veckor medans den andra terapeuten sex veckor. Enligt Saedt (2009a) så ska det ingen annan intervention/behandling till förrän efter två till tre veckor efter manuellterapeutisk behandling (Saedt, 2009b). Som det verkade så tog bägge manuellterapeuterna uppföljningen själv. Detta kan bero på att inga fysioterapeuter med specialisering på spädbarn fanns i närområdet.

5.4. Extern validitet

Forskaren måste överväga validiteten om vad denne har funnit och överförbarhet av fynden utanför det sammanhang som studien är genomförd i (Malterud, 2003). Som det såg ut så är terapeuterna i studien ganska lika, som det också visats i tidigare studier (Endresen, 2010; Mordt, 2008). Med det menar jag att det är relevant metod som använts för att studera det fenomen som var tänkt. Extern validitet handlar om överförbarhet (Malterud, 2003). Man kan generalisera till grupper, uppsätt eller tidsperspektiv liknande det som gjorts i studien. Studiens tidsperspektiv var cirka ett år vilket har betydning för aktualitet (Carter et al., 2011). Eftersom ny forskning hela tiden kommer, måste det tas med i diskussionen när avhandling av överförbarhet sker och användbarhet i klinisk praktik framöver. Eftersom den här observationsstudien hade fokus på terapeuternas handlingar på en ganska specifik diagnos; asymmetri i nacken och att manuellterapeuternas vidareutbildning är ganska specifik i förhållande till diagnos, så kunde man anta att överförbarheten var ganska god. En kvalitativ observationsstudie är inte beroende av många deltagare för att bidra med viktig kunskap (Malterud, 2003).

6. ETISKA BETRAKTNINGAR

Anledningen till att studien hade fokus på terapeuten och inte barnet var på grund av att det var en masterstudie som avhandlade en liten del av ett stort fält. Då blev det inte rätt att använda spädbarn som subjekt. Det skulle heller inte bli godkänt av REK (Regionale komiteer för medicinsk og helsefaglig forskningsetikk).

Att använda filmning under observationerna kunde kännas närgånget för både terapeut/barn/förälder (Malterud, 2003). Genom en god skriftlig och muntlig förklaring till varför filmning var önskligt ökade förståelsen och med det avväjdes lite av den känslan ”närgränset”.

Med bakgrund i Helsingforsdeklarationen är arbetet i de regionala och den nationala kommittén för medicinsk och hälsofaglig forskningsetik utformad (Forskningsetiske komiteer, 2010). Studier måste uppfylla krav om tystnadsplikt när man skal hämta upplysningar från källor som har tystnadsplikt och när forskaren själv har tystnadsplikt om de upplysningar den inhämtar i studier (Forskningsetiske komiteer, 2009).

I forskningen inhämtades samtycke från deltagare, som hälsolagen § 13 kräver (Lovdata, 2011). Samtycke skal vara informerat, frivilligt, uttryckligt och dokumenterbart (Världsläkarförbundet, 2002). Deltagarna kan dra sig ur forskningsprojektet när som helst och av oavsett grund. I studien var det korrekt och utfyllande information om undersökningens målsättningar som gavs till deltagarna (bilag/vedlegg).

7. KONKLUSION

Hänsikten med studien var att se på skillnader och likheter hos manuellterapeuter vid undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken. Det har jag gjort genom att bruka observation som metod. En sån metod kan vara bra att använda på grund av att någon rapporterar att de gör en ting men i verkligheten så gör de något helt annat. Det är viktigt att dessa två stämmer överens med tanke på standardisering av diagnostiska kriterier. Under själva observationen kändes det som skillnaderna var mycket större, men ju mer jag jobbat med materialet, transkribering, färgkodning och analys så såg jag att det var många likheter och få ting som faktiskt skiljde terapeuterna åt. Att tillnärmningen är lik ser jag som en positiv ting då terapeuterna inte samarbetade, då de hade institut på geografiskt väldigt olika platser. De största olikheterna låg i information till föräldrarna, typen information och

när i konsultationen. De mindre olikheterna låg i klinisk undersökning då det gjordes en del olika tester, men huvudtesterna, som ses i annan litteratur, var lika. I klinisk undersökning kan man konkludera med att i den här studien var det ett ”cluster of tests” som var viktigt och att olikheterna antagligen inte hade så stor betydelse så länge terapeuterna hade en god klinisk resonering.

8. VIDARE FORSKNING

Eftersom hela studiens hänsikt bygger på att det i litteraturen finns för lite forskning menar jag att detta fagområde med så mycket klinisk erfarenhet hos många terapeuter så måste vidare forskning prioriteras, både i liten och stor skala. Detta gäller både diagnosticering och effekt av behandling.

Referenslista

- Aker, P. D. & Cassidy, J. (1990). Torticollis in infants and children: a report of three cases. *Journal of the Canadian Chiropractic Association* 34(1), 13-9.
- Alcantara, J. (2007). Manual Therapy in children: role of the evidence-based clinician. (Letters to the editor). *The Journal of Manual & Manipulative Therapy*.
- Andreassen, S., Randers, I., Naslund, E., Stockeld, D. & Mattiasson, A.C. (2005). Family members' experiences, information needs and information seeking in relations to living with a patient with oesophageal cancer. *European Journal of Cancer Care* 14(5), 426-434.
- Biedermann, H. (2008). *Kinderen met KISS-syndroom. Oorzaken, gevolgen en manueeltherapeutische benadering*. Acco Uitgeverij.
- Biedermann, H. (2006). Manual medicine of functional disorders in children. *Medical Veritas* 3, 803-814. doi: 10.1588/medver.2006.03.00101
- Biedermann, H. (2005). Manual therapy in children: proposals for an etiologic model. *Journal of Manipulative Physiological Therapeutics*, 28(3), e1-e15.
- Biedermann, H. (2004). *Manual Therapy in Children*. Churchill Livingstone.
- Bjurulf, B. & Dahl, H. (2011). Motorisk og sansemotorisk utvikling hos småbarn. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 131(4), 371. doi: 10.4045/tidsskr.10.1323
- Brand, P. L., Engelbert, R. H., Helders, P. J. & Offringa, M. (2005). Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain). *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(13), 703-707.
- Brurberg, K. G., Myrhaug, H. T. & Reinart, L. M. (2009). *Diagnostikk og behandling av spedbarn med misstanke om funksjonsforstyrrelser i øvre nakkeledd*. (Systematisk kunnskapsoppsummering.) Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Burch, C., Hudson, P., Reder, R., Ritchey, M., Strenk, M. & Woosley, M. (2009). *Evidence-based care guideline for therapy management of congenital muscular torticollis in children age 0 to 36 months*. Guidelines 33. Cincinnati Children's Hospital Medical Center.
- Bærheim, A. (1999). Den diagnostiske prosessen – en analyse av historier? *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 119(17), 2535-7.
- Carter, R. E., Lubinsky, J. & Domholdt, E. (2011). *Rehabilitation research principles and applications* (4th ed). St. Louis: Elsevier Saunders.
- Danielsen, K. (2009, 3. november). Manipulasjonsbehandling på nakkeledd hos spedbarn. *Dagens Medisin*. Håmtat 10 oktober 2012 från www.dagensmedisin.no
- Endresen, F. (2010). *Kartlegging av undersøkelsesmetoder og diagnostiske kriterier som manuellterapeuter i Norge benytter ved misstanke om øvre nakkeleddsindusert*

symmetriforstyrrelser hos spedbarn, - og kjennetegn hos disse barna (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Forskningsetiske komiteer. (2009). *Taushetsplikt*. Håmtad 18 oktober 2011 frå <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/God-forskningspraksis/Taushetsplikt/>.

Forskningsetiske komiteer. (2010). *Helsinkideklarasjonen*. Håmtad 18 oktober 2011 frå <http://www.etikkom.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>.

Gordon, G. H., Baker, L. & Levinson, W. (1996). Physician-patient communication in managed care. *Western Journal of Medicine* 163(6):527-31.

Happle, C., Wetzke, M., Hermann, E. J., Krauss, J. K., Hartmann, H. & Lücke, T. (2009). Cases against KISS': a diagnostic algorithm for children with torticollis. *Klinische Pädiatrie* 221(7), 430-5.

Haugen, E. B., Benth, J. & Nakstad, B. (2011). Manual therapy in infantile torticollis: a randomized, controlled pilot study. *Acta Paediatrica* 100(5), 687-690.

Helgar, A. & Imhof, U. (2008, 6-7. mars). *Barnekurs. Konkrete fysioterapitiltak for barn med asymmetri, fra spedbarn til skolebarn*. Oslo.

Herman, M. J. (2006). Torticollis in infants and children: common and unusual causes. *Instructional of Course Lecture* 55, 647-653.

Hestbaek, L. & Stochkendahl, M. J. (2010). The evidence base for chiropractic treatment of musculoskeletal conditions in children and adolescents: The emperor's new suit? *Chiropractic & Osteopathy* 18, 15.

Hovmand, B., Lund, H., Albert, H. & Winkel, A. (2006). Hvordan skrive og vurdere kasusrapporter? *Fysioterapeuten* 4, 22-24.

Huijbregts, P. A. (2006). Manual Therapy in children: role of the evidence-based clinician. *The Journal of Manual & Manipulative Therapy* 14(1), 7-9.

Humphreys, B. K. (2010). Possible adverse events in children treated by manual therapy: a review. *Chiropractic & Osteopathy* 18, 12.

Jamtvedt, G., Hagen, B. K. & Bjørndal, A. (2003). *Kunnskapsbasert fysioterapi metoder og arbeidsmåter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Jansen, J. & Glover, J. (2009). *Autonome nervesystemet*. Store norske leksikon. Håmtat 24 oktober 2012 frå http://snl.no/sml_artikkel/autonome_nervesystem

Jones, M. A. & Rivett, D. A. (2004). *Clinical reasoning for manual therapists*. Elsevier, Butterworth-Heinemann.

Kvale, S. (2007). *Doing Interviews*. London: Sage Publications.

Kvistad, K. A. & Espeland, A. (2010). Bildediagnostikk ved nakke- og ryggsmarter. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 130(22), 2256-9.

Lovdata. (2011). §13 Hovedregel om samtykke. Hämtad 18 oktober 2011 från <http://www.lovdata.no/all/tl-20080620-044-004.html>.

Malt, U. (2011). *Fenomenologi*. Store norske leksikon. Hämtad 18 oktober 2011 från http://snl.no/.sml_artikkel/fenomenologi.

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.

Medline Plus. (2010). *Torticollis*. Hämtad 15 september 2011 från <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/000749.htm>.

Mordt, A. C. (2008). *Hva kjennetegner spedbarn med KISS? en intertester-reliabilitet av manuellterapeutisk klassifisering* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Mork, T. E. & Amdam, T. V. (1989). *Fysioterapi I kommunehelsetjenesten- Barn I forskolealder*. Oslo: Kommuneforlaget.

Norheim, B. I. (2010). *Spedbarnsasymmetri, kjært barn med mange navn? Hvilke erfaringer har barnelege, barnefysioterapeuter og manuellterapeuter med begrepsbruk, diagnostisering og behandling?* Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag.

Norsk Manuellterapeutforening. (2008, 7. november). *Kurs i røntgendiagnostikk og livreddende førstehjelp for barn*. Oslo.

Rodin, G., Zimmermann, C., Mayer, C., Howell, D., Katz, M., Sussman, J., Mackay, J.A. & Brouwers, M. (2009). Clinician–patient communication: evidence-based recommendations to guide practice in cancer. *Current Oncology* 16(6), 42–49.

Sacher, R. & Imhof, U. (2011). Nakkeskjevhet hos barn bør utredes! *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 131(15), 1413. doi: 10.4045/tidsskr.11.0436

Sacher, R. & Imhof, U. (2008, 7. november). *KISS-seminar*. Oslo.

Sacher, R. (2005). God behandling for KISS- og KIDD-barn. *Fysioterapeuten* 4, 33-34.

Saedt, E., Woude van der, B. & Schambergen, T. (2009a). Statusrapport om KISS i Nederland. *Muskel & Skjelett* 2.

Saedt, E. & Theunissen, P. (2009b, 12-13. september). *KISS Kurs*. ewmm (european workgroup for manual medicine). Oslo.

Schichtling, E. (2011). *Torticollis*. Store norske leksikon. Hämtad 15 september 2011 från http://snl.no/.sml_artikkel/torticollis

Sinding-Larsen, C., Bjørnstad, R. & Groggaard, J. (2011). KISS- forklaringen på mange plager hos barn? *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 131(4), 338-339.

- Slettedal, I. Ö. (2011). Barnepsykiatriske tilstander og «KISS-KIDD» *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 131 (18), 1743. doi: 10.4045/tidsskr.11.0899
- Solberg, A. S. (2002). *Klinisk undersøkelse av nakke-skulder*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Statens folkehälsainstitut. (2012, 1. oktober). *Motiverande samtal*. Hämtat 19 oktober 2012 från <http://www.fhi.se/Handbocker/SOMRA/Bakgrund/>
- Statens strålevern. (2012). *Radiologi for pasienter*. Hämtat 15 oktober 2012 från http://www.nrpa.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=CenterAndRight_6309&Main_6251=6309:0:15,4813&CenterAndRight_6309=6310:0:15,6271:1:0:0:::0:0
- Thornquist, E. & Gretland, A. (2003). Kropp, samtale og deltakelse. Del 1. To praksissituasjoner – en sammenligning. *Fysioterapeuten* 7,18-24.
- Thornquist, E. (1994). Varieties of functional assessment in physiotherapy. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 12(1), 44-50.
- Tjora, A. (2010). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Twycross, R. G. (1998). *Palliativ vård*. Lund: Studentlitteratur.
- Utdanningsdirektoratet. (2012). Motorisk utvikling. Hämtat 10 oktober 2012 från <http://www.udir.no/Lareplaner/Veiledninger-til-LK06/Kroppsoving/Kroppsoving/Eksempler-fra-hovedomradene/container-artikler-hoyremeny/Motorisk-utvikling/>
- Världsläkarförbundet. (2002). Världsläkarförbundets Helsingforsdeklaration. *Läkartidningen* 99(11): 1214-2116.
- Walsh, S. (2008). An undesirable sideways glance. *Journal of Pediatric Health Care* 22, 49-51.
- Wie-Tol, M. (2010). *Hvilke erfaringer har osteopater, kiropraktorer og manuellterapeuter når det gjelder diagnostisering og behandling av spedbarn med KISS -en kvalitativ studie* (Masteroppgave). Universitetet i Bergen, Institutt for samfunnsmedisinske fag.
- Åbyholm, A. S. & Hjortdahl, P. Å bli trodd er det viktigste. En kvalitativ studie av erfaringer med helsevesenet blant pasienter med kroniske ryggsmarter. *Tidsskrift for Den norske Legeforening* 119(11), 1630-2.

Bilagor/vedlegg:

Informationsskriv och informerat samtykke

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

”Observasjonsstudie av två manuellterapeuter, vid undersökning och behandling av spädbarn med asymmetri i nacken.”

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å se hvis det er noen forskjeller/likheter mellom manuell terapeuter med videreutdanning i undersøkelse og behandling av det asymmetriske barnet/KISS- KIDD i undersøkelse og behandling av spedbarn med asymmetri i nakken?

Hva innebærer studien?

Dette er en observasjonsstudie av Terapeutens kliniske utførelse i undersøkelse og behandling av barnet, observasjonen kommer også til å ta med kommunikasjonen mellom terapeuten og foresatte. Det er kun terapeuten som står i fokus under observasjonen. Observasjonen tas opp på film, filmen slettes når studien er ferdig. Utfyllende spørsmål fra forskeren til terapeuten kommer skje etter at observasjonen setts på film og hvis det finnes uklarheter. Forskeren kommer å være tilstede og ta notater. Forskeren kommer ikke delta i hverken undersøkelse eller behandling.

Mulige fordeler og ulemper

Studien før ikke med seg noen ekstra fordeler eller ulemper da konsultasjonen mellom terapeut, barn og foresatte ville funnet sted uansett, men studien kan gi økt kunnskap innen fagfeltet.

Hva skjer med informasjonen om dere?

Informasjonen som registreres om dere skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Ingen navn eller persondata kommer registreres.

Det er kun forsker knyttet til prosjektet som har adgang til navn og som kan finne tilbake til dere. Tidspunkt for sletting av informasjonen som samles er satt til når masteroppgaven er godkjent av sensor.

Det vil ikke være mulig å identifisere dere i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deres videre behandling. Dersom dere ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Om dere nå sier ja til å delta, kan dere senere trekke tilbake samtykke uten at det påvirker deres øvrige behandling. Dersom dere senere ønsker å trekke dere eller har spørsmål til studien, kan du kontakte [REDACTED].

Personvern

Det kommer ikke registreres noen personopplysninger om dere.

Rett til innsyn og sletting av opplysninger om dere

Hvis dere sier ja til å delta i studien, har dere rett til å få innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om dere. Dere har videre rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene vi har registrert. Dersom dere trekker dere fra studien, kan dere kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Informasjon om utfallet av studien

Deltakerne har rett til å få informasjon om utfallet/resultatet av studien.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

Signert av prosjektdeltaker/foresatte, dato:

Signert av prosjektdeltaker/terapeut, dato:

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

Signert, forsker, dato: